

สรุปผล อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังโดยวัดซ้ำ [the one-group pretest-posttest (time series) designs] เพื่อศึกษาต้นทุนและผลการรอบไอน้ำด้วยสมุนไพรต่อการบรรเทาความเจ็บป่วยผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาในวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ เลือกตัวอย่างโดยสมัครใจ (volunteer sampling) ได้จำนวนตัวอย่าง 100 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเจ็บป่วยด้วยตนเอง โดยใช้มาตรวัดแบบประเมินค่า (rating) ร่วมกับมาตรวัดความเจ็บปวด (pain scale) แบบเส้นตรง (visual analogue scale : VAS) เป็นเส้นตรงขนาดความยาว 0 ถึง 10 เซนติเมตรวางในแนวนอน หาคความตรงของแบบวัดด้วยการให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและหาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงตามวิธีของสก็อต ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง 0.77 เก็บข้อมูล 4 ระยะ คือ ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองครั้งที่ 1 ระยะหลังทดลองครั้งที่ 2 และระยะทดลองครั้งที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบผลการรอบไอน้ำด้วยสมุนไพรต่อการบรรเทาความเจ็บปวดระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง (3 ระยะ) ด้วยสถิติ non-parametrics (Friedman Two-way Anova) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน เป็นเพศชายร้อยละ 60.0 เพศหญิงร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานมีอายุระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 48.0 ($\bar{X} = 29.87$, S.D. = 9.13) สถานภาพคู่มากที่สุดร้อยละ 46.0 ระดับการศึกษาเรียนประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 62.0 ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในภาคใต้ ร้อยละ 48.0 ในเรื่องเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้และไม่มียาได้มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.0 และ 49.0 ในเรื่องสุขภาพ พบว่า ใน 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 80.0 รับรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีในระยะเวลาระหว่าง 1-2 ปีกับ ร้อยละ 60.0 หลังจากติดเชื้อกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลตนเองด้วยการไปรับบริการจากโรงพยาบาลร้อยละ 52.0 รองลงมาไปคลินิกนิรนาม ร้อยละ 20.0

ในเรื่องอาการปวดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดมากที่สุดบริเวณศีรษะ ร้อยละ 56.0 มีลักษณะการปวดแบบร้าวไปทุกส่วนของร่างกาย ร้อยละ 44.0 บรรเทาอาการปวดด้วยการรับประทานยาาระงับปวดมากที่สุด ร้อยละ 88.0 โดยรับประทานยาแก้ปวดเฉลี่ย 2 เม็ด/วัน ร้อยละ 32.0 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่รับประทานยาแก้ปวดสูงที่สุดวันละ 6 เม็ด ร้อยละ 3.0

ผลการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพจร น้ำหนักและระดับความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัย พบว่า ก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/80 mmHg ชีพจรอยู่เท่ากับ 82 ครั้ง/นาที อุณหภูมิอยู่เท่ากับ 38.7 องศาเซลเซียส น้ำหนักเฉลี่ย 50.5 กิโลกรัม หลังทดลอง พบว่า ความดันโลหิตเฉลี่ย 120/80 mmHg ชีพจรเฉลี่ย 86 ครั้ง/นาที อุณหภูมิเฉลี่ย 38.3 องศาเซลเซียส และน้ำหนักเฉลี่ย 53.2 กิโลกรัม

ส่วนคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 7.41$, S.D. = 2.44) ซึ่งเหมือนกับหลังทดลอง ครั้งที่ 1 ที่คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 7.19$, S.D. = 2.63) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับระยะหลังทดลองครั้งที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.83$, $\bar{X} = 3.04$) และทดลองในครั้งที่ 3 พบว่า ระดับการปวดลดลงในระดับน้อย ($\bar{X} = 4.76$, S.D. = 3.06) เมื่อทดสอบความแตกต่างอันดับคะแนนความเจ็บปวดก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า อันดับคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนทดลองกับหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

กลุ่มตัวอย่างมีความพอใจหลังทดลอง ร้อยละ 99.0 เมื่อวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยบริการ ได้ 523.7 บาทต่อหน่วยบริการ

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 60.0) อยู่ในวัยแรงงานมากที่สุด โดยเฉพาะอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 48.0) ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลการกระจายการติดเชื้อโรคเอดส์จำแนกตามเพศ พบว่า การติดเชื้อโรคเอดส์มีความแตกต่างกันตามกลุ่มอายุและเพศ โดยพบว่ากลุ่มเพศชายมีการติดเชื้อเอดส์ในวัยแรงงานสูงกว่าเยาวชนส่วนใหญ่ (วิพท พูลเจริญ และแล ดิลาวิทยรัตน์ 2542 : 4; ชัยยศ คุณานุสนธิ์ 2541 : 2) แสดงให้เห็นว่า ชายไทยอายุน้อยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์น้อยกว่าชายไทยอายุมากและแนวโน้มประชากรเพศหญิงมีความเสี่ยงการติดเชื้อโรคเอดส์ใกล้เคียงเพศชาย การวิจัยนี้ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 40.0) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีการศึกษาน้อย คือ การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 62.0) และในเรื่องเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสเป็นไปได้สูงที่จะไม่มีงานทำ เนื่องจากการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เลี้ยงตัวเองและไม่มียาได้เลี้ยงตัวเองมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 51.0 กับร้อยละ 49.0

ในเรื่องประวัติสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (นับจากวันเข้าโครงการวิจัย) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.0) ไม่เคยไปตรวจสุขภาพร่างกายจากสถานบริการ และรับรู้ตัวเองติดเชื้อเอชไอวีในระยะต่ำกว่า 1 ปี (ร้อยละ 60.0) ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของการดำเนินโรค ระยะเวลาที่เกิดอาการติดเชื้อเฉียบพลันของเอชไอวี พบว่า มีค่ามัธยฐานประมาณ 16 วัน (Gaines et al., 1988; Pederson et al., 1989 : 14) แต่รายงานของแวนแฮมส์และคณะ (Vanham et al., 1997 : 49-56) พบว่า มัธยฐานของระยะเวลาที่ป่วยเท่ากับ 20 วัน และไม่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ และปัจจัยเสี่ยงแต่อย่างใด ดังนั้นระยะเวลาของอาการติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลันประมาณ 1-2 สัปดาห์ ส่วนพฤติกรรมความเสี่ยงทางการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.0) ไปโรงพยาบาล ลองลงมาคือไปรับการตรวจคลื่นนิรนาม

(ร้อยละ 13.0) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณมา (2540) พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ในระยะแรกที่เป็นจะไม่ไปตรวจสุขภาพ เนื่องจากทำใจยอมรับไม่ได้ กลัวรู้ผล กลัวสังคมรังเกียจ เมื่อรับรู้ว่าติดเชื้อจึงมีปฏิกิริยาอยู่ 4 ลักษณะ คือ ปฏิเสธ แบ่งรับแบ่งสู้ แสวงหาข้อมูลเพิ่ม และยอมรับความจริงโดยแสวงหาทางเลือกในการรักษา

การรับรู้ความเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อาการเจ็บปวดแตกต่างกันตามตำแหน่งและลักษณะความเจ็บปวดและลักษณะการเจ็บปวด การวิจัยนี้ พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความเจ็บปวดที่บริเวณศีรษะมากที่สุด (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือรับรู้ความเจ็บปวดทั่วตัว (ร้อยละ 44.0) ซึ่งสอดคล้องกับอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ที่พบมากกว่าร้อยละ 50 ที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ (เกียรติ รักษา รุ่งธรรม 2541 : 23-24) ตำแหน่งที่ปวดของกลุ่มตัวอย่างนี้มีความแตกต่างกับการปวดเกี่ยวข้องกับอาการปวดที่ผ่านมา โดยการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั่วไปที่พบตำแหน่งปวด ส่วนใหญ่มีตำแหน่งปวดบริเวณหลังมากที่สุด (ร้อยละ 41.0) รองลงมา คือ ปวดศีรษะ (ร้อยละ 26) (Anderson 1994 ; Bousher et al. 1989 ; Makela and Helo vaora 1991 ; stemback 1986 ; Vonkorff et al., 1988, 1990, 1993) ส่วนลักษณะการเจ็บปวดของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะอาการปวดร้าวไปทุกส่วนของร่างกาย (ร้อยละ 44.0) รองลงมาคือ มีอาการปวดตื้อ ๆ หนัก ๆ (ร้อยละ 31.0) แสดงให้เห็นว่าความเจ็บปวดเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งที่พบได้ในกลุ่มตัวอย่างนี้ โดยอาการเจ็บปวดมีลักษณะเริ่มที่ละน้อย และมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ ซึ่งจากการสังเกตและซักถาม พบว่า การบรรเทาอาการปวดของกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นเพียงแค่บรรเทาให้ระดับความปวดลดลงได้ แต่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (intractable pain) เนื่องจากความเจ็บปวดที่เกิดจากการดำเนินของโรคจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV symptomatic patient) ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก และมีปัจจัยภายในเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีอาการปวดเพิ่มขึ้น คือ ความเจ็บปวดด้านจิตสรีร (psychophysiologic pain) เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากร่างกายผิดปกติแต่มีผลด้านจิตใจ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างนี้รับรู้ตนเองว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันยังไม่สามารถมีารักษาให้หายขาด กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ วิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยลักษณะนี้มีแนวโน้มที่จะทำลายตนเองและติดยาระงับปวด (Curtis 1994 : 984 ; Igantivicius, workman and Mishler 1995 : 120 ; Melzack & Wall 1983 : 971-979 ; Ludavig-Beymer & Huether & Sponessler 1993 : 493) เมื่อเกิดอาการเจ็บปวดขึ้นไม่ว่าจะรุนแรงมากน้อยเพียงใด ธรรมชาติของมนุษย์พยายามหลีกเลี่ยงจากสาเหตุความเจ็บปวดโดยการหาวิธีระงับความปวด ด้วยวิธีการใช้ยา (pharmacological intervention) และโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological intervention) (Ferral et al., 1994) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) รับประทานยาแก้ปวดแก้ปวดเฉลี่ยประมาณ 2 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 32.0) โดยรับประทานยาแก้ปวดสูงสุด คือ 6 เม็ดต่อวัน (ร้อยละ 3.0) ซึ่งยากลุ่มนี้มีฤทธิ์ในการระงับ และผ่อนคลายความเจ็บปวดได้ชั่วคราว

จึงสอดคล้องกับการศึกษาของบริทบาท์และคณะ (Breitbath et al., 1998) พบว่า ผู้ป่วยเอดส์มีการจัดการกับความเจ็บปวดด้วยการใช้ยาแก้ปวด การกินยาแก้ปวดมีผลต่อการติดยา ร้อยละ 78.4 โดยร้อยละ 95 เชื่อว่ามีโอกาสติดยาง่ายขึ้น ร้อยละ 65.7 เชื่อว่ายาไม่สามารถลดอาการปวดให้หายขาดได้ การศึกษาในเรื่องอุปสรรคการจัดการความเจ็บปวด (pain management) ของผู้ป่วยที่ด้วยการใช้ยาแก้ปวดในการลดความเจ็บปวด (Cleeland et al., 1987 ; Von Roenn et al., 1993 ; Ward et al., 1993 ; Jourason, 1993 ; Twyerross and Lock, 1984 ; Dickman et al., 1989) พบว่า การกลัวผู้ป่วยติดยา ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้ยา ความกังวลในผลข้างเคียงของยา (Melzack, 1990 ; Ferred, 1991 ; Dar et al., 1992 ; Mc Caffery and Beebe, 1989) มีการศึกษา พบว่า บางครั้งผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 38.0 มักรับประทานยาแก้ปวดก่อนที่จะมีอาการปวดมาก (Breitbart et al., 1998)

เมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและน้ำหนักของกลุ่มตัวอย่างก่อนอบไอน้ำ (ก่อนทดลอง) กับหลังอบไอน้ำ (หลังทดลอง) พบว่า สัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก คือ ก่อนทดลองค่าความดันโลหิตมีค่าเฉลี่ย 110/80 mmHg ค่าเฉลี่ยของชีพจร 82 ครั้ง/นาที และอุณหภูมิในร่างกายเฉลี่ย 38.7 องศาเซลเซียส และน้ำหนักเฉลี่ย 50.5 กิโลกรัม หลังอบทั้ง 3 ครั้ง พบว่า สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงไป โดยค่าความดันโลหิตเปลี่ยนเป็น 120/80 mmHg ชีพจรเร็วขึ้นเป็น 86 ครั้ง/นาที อุณหภูมิเฉลี่ยลดลงเป็น 38.3 องศาเซลเซียส และน้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 53.2 กิโลกรัม อาจอธิบายได้ว่า การอบไอน้ำด้วยสมุนไพรเป็นการพาความร้อนทำให้ศูนย์ระบายความร้อนในร่างกายถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ทำให้ร่างกายระบายความร้อนออกมาโดยระเหยมากับเหงื่อ (Ludwig-Beymar & Huether & Shonessler 1993 : 439-450) โดยปกติอุณหภูมิของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (เกียรติ รัชชัฎธรรม 2541: 24) ผลการวิจัยนี้พบว่า อุณหภูมิของกลุ่มทดลองลดลงเล็กน้อย เนื่องจากลักษณะไข้ของกลุ่มตัวอย่างเกิดจากไขจากการติดเชื้อ (septic, hectic fever) จึงมีอุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอุณหภูมิที่เปลี่ยนอาจห่างกันได้มากถึง 2.2 องศาเซลเซียส ซึ่งแบบแผนการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิเฉพาะที่เกิดเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเข้าไปในร่างกาย การที่ชีพจรและแต่ความดันเลือดเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรเป็นความร้อนเปียก ทำให้เส้นเลือดมีการขยายตัวของหลอดเลือดฝอย เพิ่มอัตราการหมุนเวียนโลหิต (Lechman and Lateur 1989) ทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Ludwig-Beymar et al., 1993 ; สถาบันการแพทย์แผนไทย 2541 : 91-92)

ผลการอบไอน้ำด้วยสมุนไพร (13 ชนิด) ต่อการบรรเทาอาการเจ็บปวด ผู้ป่วยเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวีในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังอบไอน้ำครั้งที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้ประเมินระดับความเจ็บปวดด้วยแบบวัดความเจ็บปวด (VAS) และแบบประเมินความเจ็บปวดแบบประมาณค่า (rating scale) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดก่อนทดลองกับหลังทดลองครั้งที่ 1 อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 7.19$, S.D. = 2.63) ซึ่งไม่แตกต่างกับก่อนทดลอง เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในช่วงร่างกายมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่มากกระตุ้นในระยะสั้น ๆ ซึ่งการอบไอน้ำในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาอบประมาณ 10-15 นาที ปกติการเผาผลาญสารอาหารภายในร่างกาย จะมีความร้อนถูกผลิตจากการเผาผลาญสารอาหารอย่างน้อย 40 แคลลอรี่/ชั่วโมง/พื้นผิวร่างกาย/ตารางเมตร ถ้าไม่มีการระบายความร้อนออก จำนวนความร้อนที่ผลิตได้จะทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น 1.2 องศาเซลเซียสภายใน 1 ชั่วโมง (Ludwig-Beymar et al., 1995) ดังนั้น ในระหว่างการอบครั้งแรกร่างกายของกลุ่มตัวอย่างจึงยังอยู่ในขั้นการปรับตัว นอกจากนี้ฤทธิ์ของสมุนไพรที่ใช้ในการอบในระยะแรกยังไม่ชัดเจนไม่ว่าจะเป็นขมิ้น จันทน์หอม ตะไคร้ โพลฯ แต่จากการสังเกตแม้ว่าระดับความเจ็บปวดในการอบครั้งแรกไม่ลด แต่กลุ่มตัวอย่างได้ให้ข้อมูลว่ารู้สึกสบายตัวขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 (หลังทดลองครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3) พบว่า ระดับคะแนนความเจ็บปวดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.83$, S.D. = 3.04) และในระดับน้อย ($\bar{X} = 4.76$, S.D. = 3.06) เมื่อทดสอบอันดับคะแนนความเจ็บปวดระหว่างก่อนอบไอน้ำกับหลังอบไอน้ำทั้ง 3 ครั้ง การวิจัยนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับอาการปวดลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การที่กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บปวดน้อยลงนั้น อาจอธิบายได้ว่า การอบด้วยไอน้ำเป็นความร้อนจากไอน้ำไปกระตุ้นประสาทขนาดใหญ่ ให้ส่งสัญญาณประสาทไปกระตุ้น ชับสแตนต์เทีย เจลาตินโซชา ให้ยับยั้งการนำสัญญาณประสาทที่จะส่งไปยังเซลล์ส่งต่อ จึงไม่มีการส่งสัญญาณประสาทไปยังสมอง เป็นผลให้ความเจ็บปวดบรรเทา (Malzack and Wall 1965 : 971-9) และความร้อนยังมีผลต่อระบบประสาทส่วนปลาย โดยลดการกระตุ้นประสาทอิสระ และลดอัตราการนำกระแสประสาทไปตามระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้เพิ่มระดับกันความรู้สึกเริ่มรับรู้ต่อความเจ็บปวด (Bengston and Warifield 1984; 84) นอกจากนี้การอบไอน้ำ ซึ่งเป็นความร้อนชนิดเปียก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้สัมผัสโดยตรงจึงช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น การไหลเวียนโลหิต ลดความระคายเคืองทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกสบาย ช่วยลดสิ่งเร้าหรือการกระตุ้นระบบเร้าทางอารมณ์ซึ่งเป็นสาเหตุความเจ็บปวด (Melzack and Wall 1982) และผลของน้ำอุ่นนั้นสามารถลดความเจ็บปวดได้ทันที (Ramier and Robert 1985 : 471-47) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการปวดลดลง

เนื่องจากความร้อนของไอน้ำที่มีอุณหภูมิ 36.6-43 องศาเซลเซียสสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ (ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยเอดส์ หรือการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่ามีลักษณะทางคลินิก คือ ผิวหนังอักเสบ) ความร้อนที่จะทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดฝอย จึงเพิ่มอัตราการหมุนเวียนโลหิตทำให้แผลจากผิวหนังหายเร็วขึ้น (Lehmann and Lateur 1989)

นอกจากนี้สมุนไพรที่เป็นส่วนผสมในสูตรอบโดยเฉพาะขมิ้น จันทร์หอม โพล มะขาม ยูคาลิปตัส หนาด เมนทอล เป็นสมุนไพรที่มีส่วนช่วยรักษาโรคผิวหนังแก้อาการอักเสบผิวหนัง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างนี้มีอาการอักเสบของผิวหนัง นอกจากนี้สมุนไพรเหล่านี้ยังช่วยบรรเทาอาการหวัด ทำให้ระบบทางเดินหายใจดีขึ้น (เต็ม สมิตินันท์, มปป ; เสงี่ยม พงษ์บุญรอด 2522 : อรุณพร อีรูรัตน์, 2532 ; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2541: 91-92) สำหรับต้นทุนต่อหน่วยบริการ การวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ต้นทุนรอบไอน้ำทั้งต้นทุนทางตรงและโดยอ้อมได้ 523.67 บาทต่อหน่วย บริการต่อคนซึ่งในช่วงแรกดูเหมือนต้นทุนต่อหน่วยบริการจะสูง แต่ความเป็นจริงห้องอบไอน้ำสมุนไพรนี้ยังสามารถให้บริการกับผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในโครงการ และคงมีจุดคุ้มทุนในปีต่อไป เมื่อวิเคราะห์ผลประโยชน์ (benefit) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับในรูปของความพอใจ ผลการวิจัยนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีความพอใจมาก (ร้อยละ 99.0) ซึ่งในอนาคตการใช้การอบสมุนไพร จัดการลดความเจ็บป่วยผู้ป่วยเอดส์น่าจะประหยัด และได้ผลประโยชน์เช่นเดียวกับการศึกษาของต่างประเทศ (Van Tulder et al., 1995 ; Turk, 1996 ; Markland 1997 ; Folor et al., 1992 ; Linton, 1998)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่ผ่านมา เป็นที่ยอมรับกันว่าอาการปวดเป็นอาการทางคลินิกที่แสดงออกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ที่เกิดได้ทุกคน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ควรหันมาหาทางใช้ความรู้ทางแพทย์พื้นบ้านเพื่อรักษาบรรเทาอาการ (palliative care) ปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน (suffering) ของผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่แพทย์แผนปัจจุบันยังไม่สามารถหาทางรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรจึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่น่าจะไปใช้ในการบำบัดอาการปวดของผู้ป่วยเอดส์ ส่วนต้นทุนในการศึกษาครั้งนี้ดูค่อนข้างสูงเนื่องการทดลองนี้เป็นการศึกษาที่ต้องจ้างบุคลากรดูแลและผู้ช่วยนักวิจัยแยกมาต่างหาก แต่ถ้าวัดหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยตรงดำเนินการเอง ต้นทุนส่วนนี้ก็จะไม่เกิด เนื่องจากนำเข้าไปอยู่ในการบริการปกติ ต้นทุนส่วนนี้ก็จะไม่เกิด แนวโน้มเรื่องต้นทุนต่อหน่วยบริการในการอบไอน้ำด้วยสมุนไพรคงลดลงและมีจุดคุ้มทุนสูง ผลการวิจัยนี้ได้ประโยชน์ในแง่ต้นทุนด้านจิตใจ (psychological cost) คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์มีกำลังใจ และความพอใจที่มีทางเลือกในการดูแลตนเองอีกทางหนึ่ง ทำให้รู้สึกว่าจะยังมีการบำบัดรักษาตัวเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้รอเพียงยาต้านไวรัสซึ่งมีราคาแพงและบางคนก็ไม่มีโอกาสได้รับยานี้เนื่องจากไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล หรือไม่มีค่าใช้จ่าย แต่จากการวิจัยนี้อาจคาดคะเนแนวโน้มได้ว่าผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเป็นไปได้สูงที่ยังคงใช้ยาแก้ปวดต่าง ๆ อยู่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำวิจัยในคลินิก การวิจัยนี้มีข้อจำกัดเรื่องทุนวิจัย การวิจัยนี้จึงไม่สามารถเจาะเลือดหา CD₄ Lymphocyte เนื่องจากค่าบริการตรวจในห้องปฏิบัติการนี้มีราคาสูงมาก ในอนาคตถ้าเป็นไปได้ควรมีการเจาะเลือดกลุ่มตัวอย่างหา CD₄ Lymphocyte เพื่อให้ได้ผลประจักษ์ในเชิงการวิจัยคลินิก โดยวัดผลการเปลี่ยนแปลงในร่างกายได้ชัดเจนขึ้น
2. ควรทำการวิจัยเชิงคุณภาพในแง่พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเอดส์ในแง่เจาะลึกเกี่ยวกับต้นทุน (Cost) ผลข้างเคียงของการใช้ยาแก้ปวด (side-effect) และทางเลือกด้านอื่นที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ใช้เพื่อจัดการลดความเจ็บปวด (pain management)
3. ควรทำวิจัยเช่นนี้ในสภาพแวดล้อมที่เป็นสถานบริการสุขภาพหรือในคลินิก การวิจัยนี้เป็นการศึกษาผู้รับบริการในวัดบางครั้งสภาพแวดล้อมก็มีผลต่อการรับรู้อาการปวด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อยู่ในสังคมเหมือนกันจึงมีการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการดำเนินของโรคใกล้เคียงกัน มีสังคมคอยสนับสนุน (Social Support) อยู่อาจมีผลต่อการรับรู้อาการปวดได้ ซึ่งในการวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมตัวแปรดังกล่าวได้